

診察予約申込書 (診療情報提供書)

年 月 日

独立行政法人
国立病院機構

九州医療センター

病院名

住所

診療科

科

診療科

医師氏名

先生宛

医師氏名

※診療科によっては新患担当医となります。

電話番号 () -

FAX番号 () -

(フリガナ)	患者様御住所 〒
患者様氏名	様 男・女
生年月日 大正 平成 昭和 令和	年 月 日 (歳) お電話番号 () -
受診希望日	年 月 日 (曜日) / 日未定
傷病名 ご紹介目的	
資料持参	なし ・ あり (CD-ROM / レントゲンフィルム / プレパレート / 検査所見)
1. 病歴	
2. 治療経過 (症状・検査 結果等)	
3. 処方	

備考

1. 地域医療連携室でのご予約は翌診療日のご予約をお取りしてFAXにて返信しております。
2. 患者様には、お薬手帳のご案内を頂きますようご協力お願い致します。
3. ご予約なしで来院される際は、休診等もあるため事前にご確認頂ますようお願い致します。
4. 緊急のご紹介は、脳神経外科、脳血管・神経内科、循環器内科、心臓外科についてはホットライン、もしくは地域医療連携室へご相談ください。

(当院記入欄)

ID: 予約枠: 時 分 () 先生